

GT N 6: Desafíos y reflexiones del Trabajo Social y/o el Equipo de Salud en torno a las determinaciones sociales de la salud colectiva

Salud mental, mujeres internadas y abordaje profesional.

Autores: Bellingeri, Georgina; Bellingeri, Lucía; Córdoba, Sol; Demo, María; Kees, Alexis.

Mail de referencia: [luciabellingeri@gmail.com](mailto:luciabellingeri@gmail.com)

Pertenencia institucional: Hospital Dr. Alejandro Korn

## **Introducción**

Quienes escribimos este trabajo somos Licenciadas/o en Trabajo Social que realizamos nuestra práctica profesional en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn de la localidad de Melchor Romero de La Plata, principalmente en salas de mujeres. En nuestro recorrido institucional fueron surgiendo reflexiones en torno al abordaje de las diversas disciplinas sobre las mujeres internadas que intentaremos reflejar en el siguiente trabajo. Haremos hincapié sobre las categorías de salud mental, derechos sexuales, derechos humanos, modelo médico hegemónico, género e intervención profesional.

En los últimos años se produjo un avance en el campo de la Salud Mental y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sin embargo, este avance no es plenamente reflejado en las prácticas profesionales de los equipos de salud. En nuestro caso, evidenciamos circuitos institucionales diferenciados para mujeres y hombres, como así también sucede con el abordaje profesional.

Se hacen presentes lógicas que entran en tensión con intervenciones enfocadas desde una perspectiva de derechos. Es así que presenciamos a diario prácticas que incurrir en violaciones a derechos humanos, entre las cuales nos interesa explorar el abordaje de la sexualidad en un contexto de encierro y las posibles respuestas institucionales que desde los equipos de salud prevalecen. Sumado a esto, la actual coyuntura económica, política y social que nos atraviesa se constituye en obstáculo para el pleno ejercicio de derechos.

## **Violencias y Género**

Intentaremos dar cuenta de las violencias de género ejercidas por el manicomio como dispositivo socio político de respuesta a las problemáticas de salud mental en general y, en particular, aquellas que continúan reproduciéndose en el hospital.

De este modo señalaremos algunas de aquellas violencias que visualizamos en el cotidiano en relación a: i) una violencia estructural que cobra forma en la menor disponibilidad de dispositivos para mujeres; ii) un trato diferencial a las usuarias mujeres por parte de trabajadores y trabajadoras; y iii) la violencia ejercida por hombres en situación de internación.

El manicomio es una institución a la que se le ha dado forma desde instancias de decisión política y cuyo funcionamiento excede en parte a quienes componen los equipos de trabajo. Como ya se mencionó, la falta de ciertos dispositivos para mujeres (que sí existen para hombres en el hospital) como el Servicio de Atención en Crisis (SAC) y las salas de Sub-Agudos, por ejemplo, genera que en el Servicio de Agudos Mujeres (SAM) convivan mujeres que atraviesan crisis agudas con usuarias cuya sintomatología aguda ha cesado pero no han podido retornar a la vida en comunidad por barreras de todo tipo.

Sumado a esto, el manicomio es la continuación de distintas violencias que lo exceden. La violencia de género, las desventajas en la inclusión laboral, la responsabilización exclusiva para con las tareas de cuidado, la reclusión al mundo de lo doméstico generan que la internación en dispositivos de salud mental sea una solución “conveniente” para la continuidad de estas violencias.

En muchos casos las mujeres son internadas cuando ya no pueden responder al mandato social que las ubica como responsables de la vida doméstica y las tareas de cuidado. Tal como recupera el informe del CELS (2017) “a las violencias ya sufridas, se añade la violencia institucional que sucede en la propia institución que debería tender a su tratamiento y externación” (CELS, 2017, p.5). Más aún, el padecimiento de las mujeres, en general, se hace visible en su entorno cuando éstas dejan de cumplir con ese rol o, por el contrario, lo exacerban.

En el hospital, la reproducción de la violencia patriarcal se hace visible de diversas maneras y opera desde el ingreso de las mujeres a dicha institución hasta el último día de internación. La subjetividad es arrasada por la institución total y los cuerpos de estas son los escenarios más crudos de dichas violencias.

Acordamos con Padilla (2013) cuando plantea que el hospital psiquiátrico es profundamente patriarcal en dos sentidos: uno estructural, ya que expresa en menor escala el orden patriarcal existente (con sus relaciones de poder asimétricas e inequitativas), pero con la perversidad de ser un espacio cerrado; y en otro por la reproducción, muchas veces acrítica, del discurso psiquiátrico vigente desde el siglo XIX.

De este modo encontramos por un lado, en los casos más extremos, mujeres con décadas de internación o con trayectorias de institucionalización previa que ya no se sienten preparadas para (o no recuerdan siquiera) otras formas de vida.

En el otro extremo (debemos reconocer que entre ambas distancias existe una gran diversidad de situaciones) encontramos usuarias que se resisten a la internación: a pesar de los años siguen esperando a sus familiares, expresan su angustia con llanto, palabras o autolesiones. En algunos casos, estas manifestaciones de resistencia no encuentran solución al no existir dispositivos o recursos para la externación y lo único que sí encuentran como respuesta es la contención verbal y, si la misma no alcanza, es común que suceda la intervención medicamentosa a fines de preservarla de posibles situaciones de riesgo, cuando no para conservar el orden y la tranquilidad institucional. Al decir de Marcela Lagarde, “la loca deja de ser persona, pierde todos los derechos, incluso el de protesta, el cual en estas condiciones es un síntoma de locura” (p. 696)

En coexistencia con esta violencia estructural, se hace visible un trato diferencial hacia las mujeres, signado por la infantilización (con apodos en diminutivos, por ejemplo); en la permanente reinterpretación de sus discursos por parte de los equipos; en la elección de juegos o salidas que se utilizan en niños/as; en la presunción de incomprensión de las problemáticas que las atraviesan y la consecuente imposibilidad de decidir al respecto.

En este sentido, uno de los puntos que evaluamos como más problemáticos tiene que ver con la posibilidad de las mujeres internadas de desplegar su sexualidad.

En los vínculos sexoafectivos heterosexuales entre usuarios y usuarias muchas veces se reproducen la violencia patrimonial, sexual y psicológica (entre otras) que suceden fuera del hospital. Vemos que todo esto es una continuidad de las formas que toma la sexualidad en la sociedad patriarcal, agudizado por el contexto de encierro y, en algunas situaciones, por el padecimiento mental.

En el caso de las mujeres el derecho a la sexualidad se encuentra restringido y condicionado a prácticas de control.

Otra forma de limitar la sexualidad de las mujeres internadas es pensarlas como asexuadas. Muchas mujeres son tratadas como asexuales por no tener una pareja heterosexual, lo cual muchas veces invisibiliza las prácticas sexuales diversas que pueda tener con otras compañeras mujeres tanto como la existencia de un deseo sexual en ambas. Cuando una relación entre usuarias mujeres queda en evidencia, se presume que es un vínculo estrictamente afectivo y sin contenido sexual. Esta

presunción ha llevado a que por años no se perciban situaciones de abuso sexual entre mujeres.

Por último, quisiéramos mencionar las formas de violencia que giran en torno a la maternidad. Es moneda corriente que en el hospital se presuponga la incapacidad de las mujeres parabrindar cuidados a niños y niñas. A su vez (y en completa contradicción con lo anterior) se enuncia a las mujeres con palabras que refieren al rol materno (“mami” es el apodo por excelencia en las salas de mujeres) y se les demanda que ejerzan este rol simbólicamente cuidando de otras usuarias o “jugando” a maternar regalándoles muñecos. Sumado a esto, existe una gran insuficiencia desde las prácticas profesionales y de dispositivos reales que acompañen la maternidad de estas mujeres.

### **Políticas sociales**

Entendemos que la política social no es sólo algo abstracto o únicamente superestructural. Por el contrario, consideramos que tienen una dimensión concreta que establece el marco de nuestras intervenciones profesionales. A su vez, es necesario señalar que las políticas sociales son construidas por nuestras prácticas.

Las políticas de salud mental y sus prácticas específicas han sido fuertemente movilizadas a partir de la Ley Nacional de Salud Mental del año 2010, la cual propone una transición desde un paradigma tutelar a uno de Derechos Humanos que tiende a una cobertura de tipo universal. Sin embargo, podemos citar lo dicho en 2012 por Jacqueline Torres: “estos cambios ocurridos no tiene correlato con políticas públicas o en la articulación de las experiencias e iniciativas mediante un plan de salud mental provincial” (torres 2012 en weber).

Clara Weber señala una Universalización apresurada en relación al proceso político posterior a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y la perspectiva de derechos: “La retórica de la ley y los derechos propone una imagen universal/ideal, que termina cegando las determinaciones histórico simbólicas a la historización, a los procesos sociales, a la particularidad de cada una de las situaciones y el potencial estratégico de intervención que cada una de ellas contiene”. Lo apresurado se expresa en la implementación de una realidad legislativa que no tiene un correlato en el plano de la formación de los y las profesionales, en la concientización de la población y en la creación de nuevos dispositivos.

Por el contrario, esta universalización se da en un contexto donde se reinstauran políticas sociales de tinte neoliberal, signadas por la fragmentación, focalización, y precarización tanto de los recursos como de la asistencia.

Esta realidad no se limita a las políticas sanitarias sino que atraviesa todo el espectro de intervenciones del Estado. Dada esta situación, nuestro quehacer profesional (orientado teleológicamente hacia la inserción en la comunidad) choca con una situación social radicalmente excluyente para todos y, más aún, para las personas con padecimientos mentales, las cuales sufren estigmas y/o limitaciones en sus habilidades para la participación social. Los recursos económicos dirigidos a las personas con padecimientos mentales no alcanzan para solventar el elevado costo de vida, principalmente el costo de los alquileres, tampoco se cuentan con recursos terapéuticos y de sostenimiento alternativos como centros públicos de atención ambulatoria y casas de convivencia. Con políticas públicas devastadas, se hace imposible el trabajo intersectorial promovido por la Ley Nacional de Salud Mental. Nuevamente, vemos los efectos de la “universalización apresurada”.

Como profesionales destinados a abordar problemáticas complejas, nos vemos atravesadas por un exceso de demanda a las cuales ni el contexto social, ni las políticas disponibles, ni la modalidad de atención asilar vigente logran acompañar. Nuestro desafío como profesión siempre fue y será dar respuestas a estas problemáticas, pero en el contexto actual nos encontramos con la exigencia extra de movilizar(nos) los escasos actores existentes para promover prácticas que se orienten a la construcción de un mayor ejercicio de derechos en un contexto de ausencia estatal.

En este sentido, frente a un contexto de escasez de recursos materiales y económicos para la asistencia, cobran protagonismo las prácticas profesionales de construcción de sentidos. En esta dirección debemos hacer mención de un amplio abanico de intervenciones interdisciplinarias que desde la sanción de la Ley de Salud Mental han ganado terreno. En este apartado daremos cuenta de las experiencias que nos encontramos transitando en las salas del Servicio de rehabilitación, Servicio de Agudos Mujeres y del Hospital General.

Para finalizar, consideramos necesario mencionar que nuestro trabajo profesional cotidiano intenta atender e instalar esta perspectiva de género en el abordaje de atención en la salud. Es así que nos preguntamos ¿En qué medida nuestras prácticas refuerzan o quiebran los dispositivos sociales instituidos con respecto al género? Entendemos que esto también nos atraviesa como profesionales y que nos obliga a estar en permanente reflexión y formación al respecto.

## Conclusiones

Si bien mencionamos la preponderancia de las intervenciones orientadas a la construcción de sentidos, debemos afirmar que las mismas no son exclusivas de la

época actual. Por el contrario, amplia bibliografía existe al respecto de las funciones de nuestra profesión en la cual, bajo distintas denominaciones se enuncia la construcción de sentidos como parte intrínseca de nuestra tarea asistencial. El contexto actual está caracterizado por la presencia de grandes constructores de sentido que chocan con la ausencia o insuficiencia de políticas públicas acordes a los mismos.

En este sentido, es necesario reconocer la sanción de la Ley Nacional de Salud mental y la perspectiva de género como hechos sociales que movilizan prácticas y dan lugar a formas incipientes de lo que podría, en algún momento futuro, reflejarse en políticas públicas: consejerías en todos los hospitales, casas asistidas y semiasistidas para usuarios y usuarias de salud mental, etc. En definitiva, políticas públicas que funcionen en base a estos nuevos sentidos que se han instaurado en la realidad profesional mediante procesos simbólicos vanguardistas.

Cabe preguntarnos, sin embargo, si estas prácticas con potencialidad de trazar lineamientos para nuevas políticas, no están cayendo, al ser desoídas por los órganos de decisión política, en el saco roto de los paleativos que, como ya sabemos, tienden a perpetuar el orden de cosas vigentes a nivel estructural. De momento, nuestras prácticas siguen siendo “artesanales”, sin lineamientos claros y, sobre todo, focalizadas.

La perspectiva de género en salud, tanto como la perspectiva de salud mental comunitaria, han tenido históricamente una posición subalterna en relación a la racionalidad biomédica.

Allí se encuentra uno de los desafíos de nuestra profesión que logre corromper con esa lógica que nos atraviesa en nuestras prácticas y que nos obliga a pensar el campo de la salud como un espacio de puja. El género es un estructurador de desigualdades en salud que condiciona las prácticas de ese campo. Pensar la salud mental y el género como elementos transversales de la salud y no como objetos escindidos es a nuestro entender un paso básico para avanzar hacia una concepción integral de la salud.

## Bibliografía

- CELS; Comisión Provincial por la Memoria; MDR. (2017). "La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"". Buenos Aires, Argentina. Sin más datos.
- GOFFMAN, Erving. (2001). "Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- LAGARDE, Marcela. (2005). "Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas". Universidad Nacional Autónoma de México. México
- MATTIO, Eduardo. (2012) "¿De qué hablamos cuando hablamos de género? En Morán Faúndes José Manuel y otros. ("Sexualidades, desigualdades y derecho: reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos") 1a ed. - Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial.
- HERNANDEZ PADILLA, María. (2013). "Violencia de género en contextos de encierro: la internación psiquiátrica". Artículo basado en la presentación por la autora en el contexto de una instancia de investigación en la Universidad Nacional de Córdoba y en el panel debate: Cambios culturales necesarios para la erradicación de las violencias hacia las mujeres. Academia Nacional de Ciencias. Córdoba, Argentina.
- WEBER SUARDÍAZ, Clara. (2014). "La transformación en las políticas de salud mental 2010-2014. Análisis de la situación de la provincia de Buenos Aires". Tesis presentada para la obtención del título de Magister en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Buenos, Argentina.